

Lane Medical Library
FEB 13 1932
STW

Über ein Cancroidrezidiv des äußeren Lidwinkels mit Übergreifen auf den Bulbus

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilian-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Herbert Loeb

aus

Grünstadt

Würzburg 1931

Buchdruckerei Konrad Triltsch

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät Würzburg.

**Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!**

Referent:
Geheimrat Professor Dr. Schieck.

Die Lidgeschwülste lassen sich in zwei große Gruppen einteilen, nämlich in die angeborenen und die erworbenen.

In die erste Gruppe gehören Dermoid, Naevi, Angiome, Lipome und Neurofibrome. Die erworbenen Geschwülste zerfallen wieder in Epithel- und Bindegewebsgeschwülste. Zu den Epithelgeschwülsten gehören das Epitheliom oder das Epithelioma molluscum, das Adenom und das Carcinom.

Fibrome, Lipome, Rhabdomyome, Osteome, Xanthome, Endotheliome, Sarkome, Gliome, Lymphome und Lymphosarkome machen die Bindegewebsgeschwülste aus.

Einen Übergang zwischen beiden Gruppen bilden die Papillome, die eigentlich Fibroepitheliome sind. Von all diesen Geschwülsten ist es das Carcinom der Lider, mit dem ich mich näher beschäftigen will.

Nach Borst ist die Entstehung der Carcinome auf eine tiefgehende Änderung des Zellcharakters der Epithelien zurückzuführen, die das Auftreten einer neuen im Körper parasitisch hausenden Zellrasse bedingt.

Über die eigentliche Ursache der Geschwulstbildung wissen wir so gut wie nichts.

Was die pathologische Anatomie der Lidcarcinome betrifft, sind zunächst 2 Hauptfragen zu beantworten. Es muß der morphologische Charakter der Geschwulst klargestellt werden, womit die Frage der Einteilung in verschiedene Gruppen aufgeworfen wird; dann müssen wir den Ausgangspunkt der Geschwulst feststellen.

Im Laufe der Zeit wurden die verschiedensten Einteilungsprinzipien versucht, die Schreiber im Handbuch der Augenheilkunde, III. Auflage „Die Krankheiten der Augenlider“ zusammenstellt.

Uzuhiko Mayeda (1903) unterscheidet 4 Typen der Lidcarcinome.

1. Carcinome geringster Anaplasie (Zellendifferenzierung), die papillär wuchern und nur geringe Neigung zur Tiefeninfiltration haben.

2. Plattenepithelkrebs mit Verhornung, deren Zellen den Typus des Epithels der äußeren Haut bewahren.

3. Drüsenkarzinome, deren Zellen in ihrer Anordnung und eventuell auch durch eine Schleimabsonderung Reste ihrer ursprünglichen Funktion analog den Hautdrüsen zeigen.

4. Carcinome stärkster Anaplasie, deren Zellen vielgestaltig sind. Die größere Anzahl bilden die Carcinome mit mehr oder weniger drüsenähnlichem Bau und in der Regel fehlender Verhornung. Unna (1895) teilt die Hautcarcinome in vegetierende, walzenförmige und alveoläre ein. Der vegetierende Krebs ist durch eine üppige Wucherung gekennzeichnet. Das Epithel schwillt zu massigen Klumpen an, die in unregelmäßiger Weise das Bindegewebe durchwachsen und vielfach konfluieren, sodaß sich das Stroma meist auf die Gefäße und deren nächste Umgebung reduziert. Grobretikuläre Formen entstehen durch mehr oder weniger breite und durch zahlreiche netzförmig verbundene Epithelzüge. Der walzenförmige Krebs entspricht in seiner einfachsten und typischen Form am meisten dem normalen Wachstum des Epithels, indem er gleichsam eine Übertreibung des normalen Epithelleistensystems darstellt. Die retikuläre Form entsteht dadurch, daß von den Reteleisten richtige walzenförmige Zapfen in die Tiefe wuchern, die ihrerseits wieder Seitensprossen treiben und netzförmig untereinander in Verbindung treten können. Bei der acinösen Form entwickeln sich an den kolbig angeschwollenen Endpunkten der Zapfen neue Sprossen in radiärer Richtung nach verschiedenen Seiten. Beim alveolären Krebs, der einen klein- und

großalveolären Typ entwickeln kann, finden sich durch das Bindegewebe zerstreute, zusammenhanglose, in allseitig abgeschlossenen Alveolen befindliche Epithelnester, die in der Peripherie des Krebsherdes in eine förmliche Aussaat einzeln liegender versprengter Epithelien übergehen. Dabei ist die bei anderen Krebsformen wohlerhaltene Epithelfaserung und Stachelung der Zellen beim Alveolarkrebs völlig verloren gegangen. In bezug auf das Wachstum des Krebses stellt Petersen (1901) zwei Hauptformen auf.

1. Das unizentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an einer einzigen Stelle und greift von hier zerstörend auf die ganze Umgebung, so auch auf das Nachbar epithel über.

2. Das multizentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an verschiedenen Stellen und das periphere Wachstum des fertigen Carcinoms erfolgt durch die Bildung immer neuer, vollständiger Carcinomherde in der Peripherie des Haupttumors; diese neuen Herde sind dem Haupttumor entweder sofort dicht angelagert oder verschmelzen in der Regel sekundär mit demselben. Die von je einem Zentrum ausgehenden Carcinomzellen wachsen meist kontinuierlich weiter; sie bilden dann einen einheitlichen Stamm, der nach allen Seiten hin Äste, Zapfen und Kolben entsendet. Seltener wachsen die Carzinomzellen diskontinuierlich unter Bildung echter, abgeschlossener Alveolen. Krompecher (1902) nimmt zum Ausgangspunkt seiner Einteilung das histogenetische Prinzip und unterscheidet den Basalzellenkrebs, Carcinoma basocellulare (auch Retezellen- oder Matri carcinom genannt) und den Stachelkrebs oder Hornkrebs, Carcinoma spinocellulare. Beim ersteren wuchern die basalen Zellen, beim letzteren die Stachelzellen. Die zelligen Elemente beim Basalzellencarcinom sind oval oder spindelförmig mit länglichen, intensiv färbbaren Kernen, lassen meist keine Epithelfaserung erkennen und machen keine typische Verhornung durch. In das Bindegewebe wuchern die Basalzellen in Typen von wechselndem Bau, bald drüsen- oder schlauchartig, bald solid, bald locker, bald cystenartig oder in Form eines spitzenähnlichen Netzes. In der Regel findet sich eine secundäre ausgedehnte Bindegewebswucherung und Bindegewebsdegeneration. Das Stachelzellencarcinom besteht aus verhältnismäßig schwach gefärbten großen Zellen mit bläschenförmigem Kern und zumeist deutlicher Epithelfaserung, und läßt gleich der normalen Stachelzellenschicht eine typische Verhornung und Bildung von Hornperlen erkennen. Histogenetisch sind daher 2 aus getrenntem Muttergewebe entstehende Arten von Hautkrebs zu unterscheiden, der Basalzellenkrebs, auch Coriumkrebs genannt und der verhornende Plattenepithelkrebs (Stachelzellenkrebs), wobei Übergangsformen vorkommen können. Nach Coenen (1904) stammt der Basalzellenkrebs mit Wahrscheinlichkeit aus Basalepithelsprossen, die in das Corium hineinwuchern und sich bei ihrer Entstehung in embryonaler Zeit abgeschnürt haben, demnach aus Talgdrüsenanlagen. Wo die Talgdrüsen am dichtesten stehen, findet sich auch der Krebs am häufigsten. Infolge Anaplasie der Krebszellen verliert die Geschwulst den ausgebildeten drüsigen Aufbau, an dem sie zunächst noch festhält, und kehrt zur tiefsten embryonalen Bildungsstufe zurück, das heißt zum Wachstum in soliden Basalzapfen.

In der chirurgischen Praxis unterscheidet man erfahrungsgemäß nach praktischen Erwägungen 2 Hauptgruppen von Lidhautcarcinomen.

1. Die verhornenden und

2. die nicht verhornenden Lidhautkrebse.

Clairmont (1907) bewies, daß diese Einteilung ein großes therapeutisches Interesse hat, weil die nicht verhornenden Basalzellenkrebse durch Röntgenbestrahlung heilbar sind, freilich mit Ausnahme der Carcinome am inneren Lidwinkel; verhornende Plattenepithelkrebse dagegen verlangen eine rein chirurgische Behandlung.

In der Regel tritt der Lidkrebs unter dem histologischen Bilde des Basalzellenkrebses auf und wird am besten nach Schreiber als „plexiformes Epitheliom“ bezeichnet; damit ist seine relative Gutartigkeit

gleichzeitig ausgedrückt, da er ja kaum eine besondere destruktive Wachstumstendenz zeigt und ebensowenig Metastasen macht; wohl aber besteht eine ziemliche Neigung zu lokalem Rezidiv.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich, um etwaigen Irrtümern vorzubeugen, erwähnen, daß der Begriff „Cancroid“ = verhornender Plattenepithelkrebs von Klinikern meistens nicht in dem spezifischen Sinne „verhornender Plattenepithelkrebs“ gebraucht wird, vielmehr faßt der klinische Sprachgebrauch unter der Bezeichnung „Cancroid“ die beiden Formen des Hautkrebses, Basalzellenkrebs und Hornkrebs gewissermaßen als Oberbegriff zusammen.

Nach diesen Erörterungen komme ich zur Besprechung unseres interessanten Falles.

J. L.: 63 Jahre, Weichenwarter a. D. suchte am 16. 8. 27 die Universitäts-Augenklinik in Würzburg auf (Vorstand Geh. Rat Prof. Dr. Schieck), weil er seit 5 Jahren eine Verhärtung am Unterlid verspüre und sich eine Geschwulst an dieser Stelle gebildet habe.

Befund: Cancroid am äußeren Lidwinkel des linken Auges, temporal ausgehend.

Der kleinerbsengroße Tumor ist grau-weißlich, die Conjunctiva am Lidrand im Bereich des Tumors stark gerötet, eine leichte Ptosis des Oberlides durch Narbenzug und ein Ektropium des Unterlides ist festzustellen.

Rechtes und linkes Auge selbst o. B.

Am 17. 8. 1927 erfolgte die Excision des Tumors, der Hautdefekt wurde durch einen gestielten Lappen aus der Schläfe gedeckt.

Am 3. 9. 1927 konnte der Patient die Klinik verlassen.

Entlassungsbefund:

Der Lappen ist eingeeilt; die oberflächlichen Teile sind etwas schwärzlich verfärbt und stoßen sich ab. Ein geringes Extropium der Conjunctiva des Unterlides ist vorhanden.

Am 6. 10. 1927 sind Lappen und Operationsschnitte reaktionslos verheilt; nur leichtes Extropium des Unterlides ist vorhanden.

Der histologische Befund des excidierten Tumors ergab folgendes:

Ein exulcerierter Tumor von Erbsengröße. Dichtgedrängte Zellen sind aneinandergereiht; drüsenartige Gänge anastomosieren durch Seitenäste und Sprossen. Das Zellgefüge erscheint teils balkenartig verdickt, dann wieder schmal gebaut. Die Zellen selbst sind annähernd kubisch, haben wenig Protoplasma und einen gut sichtbaren Kern. Der Tumor zeigt reichliche Vaskularisation. In der Umgebung der Geschwulst sehen wir reichliche Blutungen, besonders im Unterhautbindegewebe. Ferner sieht man eine Randzelleninfiltration von Plasmazellen, Leukozyten und Abkömmlingen der fixen Bindegewebszellen, den sogenannten Epiteloidzellen. Die Epidermis ist gegen den Rand der Geschwulst normal geblieben. Hier, an der Peripherie sieht man deutlich die Wucherung der Basalzellen, die die Fähigkeit zu Verhornung noch nicht besitzen; so entstehen Zapfen, die tief in das Unterhautzellgewebe eindringen. Diese Zapfen entstehen aus dichtgedrängt stehenden Zellen mit kleinem, rundlichem Kern. Wir haben es demnach mit einem Basalzellencarcinom zu tun, das von den Basalzellen, den Keimzellen der Epidermis ausgeht.

Nach 8 Monaten sucht der Patient wieder die Klinik auf, weil er seit einiger Zeit ein Drücken und Brennen am linken Auge verspüre.

Befund: Rezidivierendes Cancroid.

Die Lidspalte des linken Auges ist etwas verengt. Das Unterlid ist ektropioniert und so stark verzogen, daß das Tränenpünktchen fast am unteren Rande der Hornhaut (etwa bei 7^h) steht. Die Conjunctiva tarsi

ist stark gerötet; man bemerkt eine eitrige-gebliche Sekretion und sieht vom Oberlid und Unterlid temporal ausgehend grauweiße, schmierig belegte hanfkorn- bis erbsengroße Knötchen, dazwischen grau zerfallendes Gewebe.

Einderartiges, etwas flaches Knötchen sitzt auf der Conjunctiva bulbi und ist vom Limbus corneae noch knapp 1 cm entfernt. Die diesen Knoten umgebende Conjunctiva bulbi ist mäßig gerötet. An der linken Schläfe sind große Operationsnarben sichtbar.

25. 6. 1929:

I. Situation: Der Patient wurde in lokaler Anästhesie operiert. Die Tumormassen (etwa in Größe eines 50 Pfg.-Stückes) wurden unter Mitnahme der befallenen Conjunctiva bulbi (temporal) excidiert.

II. Situation: Die Conjunctiva bulbi wurde nach vorheriger Mobilisierung genäht, der den Hautdefekt deckende gestielte Wangenlappen unterminiert, nach oben verlegt und zur Plastik verwandt.

Der pathologisch-anatomische Befund der Tumormassen ergab große Ähnlichkeit mit dem zuerst beschriebenen excidierten Tumor. Auch hier Ulceration, Randzelleninfiltration, wobei Plasmazellen gegenüber Leukozyten überwiegen. Die Wucherung ist ebenso hier von der untersten, der Basalzellschicht der Epidermis ausgegangen; Zapfen werden in das subepitheliale Bindegewebe geschickt, welche selbständig losgelöste Nester bilden und ein netzförmiges Gebilde entstehen lassen. Verhornung kommt auch hier nirgends vor. Der Bau des Zellgebildes erinnert wieder an eine drüsenartige Struktur. Das Infiltrat scheidet hauptsächlich die Gefäße ein.

Hautcarcinome, vornehmlich die der Ober- und Unterlippe, sowie die der Augenlider haben Veranlassung gegeben, die Frage des sogenannten Abklatschtumors, Abklatschcarcinoms zu erörtern.

Man versteht unter Abklatschcarcinom die Überimpfung von Krebskeimen durch den Kontakt von einer krebsig erkrankten Stelle auf eine andere gegenüberliegende. So sieht man auch bei Carcinomen des weiblichen Uro-genitalsystems anliegende und gegenüberliegende Stellen krebsig entarten. Bucher meint, man könne sich eine solche Überimpfung (Implantation) nur schwer vorstellen; die Carcinomzellen seien meist ulceriert, die abgestoßenen Carcinomzellen in der Regel nicht mehr lebensfähig, endlich könne man sich das Haftenbleiben der Carcinomkeime auf normale Haut und Schleimhaut schwer erklären, da außerdem Austrocknung infolge Berührung durch die Luft in Frage käme. Dagegen kann aber eingewendet werden, daß bei ulcerierendem Carcino auch lebensfähige Keime, ganze Fetzen noch lebenden Gewebes abgestoßen werden, daß ferner die betreffenden Carcinomzellen als Abkömmlinge der ortsangehörigen Epithelien eine gewisse Widerstandskraft gegen die vorhandenen lokalen Schädlichkeiten besitzen, daß ferner zu einer erfolgreichen Impfung nur wenig lebenskräftige Zellindividuen gehören, die sich unter den Milliarden der übrigen finden.

Die ophthalmologische Erfahrung insbesondere, speziell unser vorliegender Fall beweist trefflich die Richtigkeit der Annahme einer Implantation. Man kennt die große Bedeutung zwischen Lid und Bulbus. Verursacht nun eine Geschwulst eine stärkere mechanische Reizung, so wird das Epithel sich stärker abnützen, es wird usuriert und die Geschwulstzellen treten an die Oberfläche. Bei dem veränderten Chemosismus, den wir in jeder bösartigen Geschwulst gegenüber dem Mutterboden finden, muß ein weiterer Reiz auf das gegenüberliegende Gewebe ausgelöst werden.

Bei unserem Patienten erwies sich das zwischen der Hauptmasse des Tumors liegende Gewebe der Conjunctiva bulbi und der krebsig erkrankten Stelle der Conjunctiva bulbi, die direkt gegenüberlag, als unversehrt und gesund. Jedenfalls dürfen wir daher mit großer Sicherheit

eine Abklatschmetastase annehmen, da eine Metastasenwirkung auf anderem Wege unwahrscheinlich erscheint und die mikroskopische Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür bot, daß sich der Tumor auf der Conjunctiva bulbi durch kontinuierliches Weiterwuchern des Haupttumors entwickelt hat.

Am 27. 6. 1929 erfolgte Verbandwechsel.

Am 3. 7. 1929 waren die Hautlappen gut eingeeilt.

Am 4. 7. 1929 wurden die Fäden entfernt.

Am 6. 7. 1929 zeigt der Bulbus nur geringe konjunktivale Injektion. Der Lappen ist überall gut eingeeilt. Das Auge selbst o. B.

Am 8. 7. 1929 erfolgte Entlassung aus klinischer Behandlung und Überweisung an den Hausarzt zur Nachbehandlung.

Am 14. 8. 1929: Bei nochmaliger Bestellung gibt der Patient nur geringe Beschwerden infolge des Narbenzugs an.

Am 11. 8. 1930 bestätigt der sehr befriedigende Befund die Richtigkeit der eingeschlagenen Therapie. Der Patient gibt gar keine subjektiven Beschwerden an, nirgends ist ein lokales Rezidiv oder eine Metastase zu entdecken. Die Narben sind sehr gut verheilt und durch die plastische Operation ein erfreuliches kosmetisches Resultat erzielt worden. Da der Patient schon über ein Jahr rezidivfrei ist, haben wir nach unseren bisherigen klinischen Erfahrungen, auch in Anbetracht der relativ günstigen Konstitution des Patienten berechtigten Grund, einen bleibenden Heilerfolg anzunehmen.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Schieck für die gütige Überlassung des Themas und freundliche Hilfeleistung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literatur.

Axenfeld: Zur Pathologie und Therapie der Lidcarcinome. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 51, 1913 I.

Borst: Die Lehre von den Geschwülsten, 1902. Bd. I und II.

Grinsberg: Grundriß d. pathol. Histologie des Auges, 1903.

Krehl: Pathologische Physiologie, 10. Auflage, 1920.

Lubarsch-Ostertag: Pathologie des Auges, 1894/96.

— Ergebnisse der allgemeinen Pathologie des Auges, 1927.

Purtscher: Untersuchungen über Lidkrebs. Arch. für Augenheilkunde, Bd. 10.

Schieck und Brückner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie 1930. III. Bd. Orbita; Nebenhöhlen; Lider; Tränenorgane; Augenmuskeln; Auge und Ohr.

Schreiber: Handbuch der Augenheilkunde, III. Aufl. 1924. Die Krankheiten der Augenlider.

Lebenslauf.

Ich, Herbert L o e b, Sohn des Kaufmanns S. Loeb in Grünstadt wurde am 5. Oktober 1901 in Grünstadt/Rheinpfalz geboren, besuchte die Volksschule bis zur 5. Klasse und trat in das dortige Progymnasium ein. Nach Erlangung des Einjährigfreiwilligen-Zeugnisses besuchte ich das Humanistische Gymnasium in Neustadt a. d. Haardt und Ludwigshafen a. Rh. und erlangte das Reifezeugnis im Jahre 1922. Von 1922 bis 1925 einschließlich war ich kaufmännischer Beamter bei der Süddeutschen Diskontogesellschaft in Ludwigshafen a. Rh. Im Mai 1925 begann ich mein medizinisches Studium in München. Dann studierte ich an den Universitäten Erlangen, Wien und Würzburg.

W ü r z b u r g im Februar 1931.

Herbert Loeb.